Documento di presentazione: Microdistretto territoriale Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi
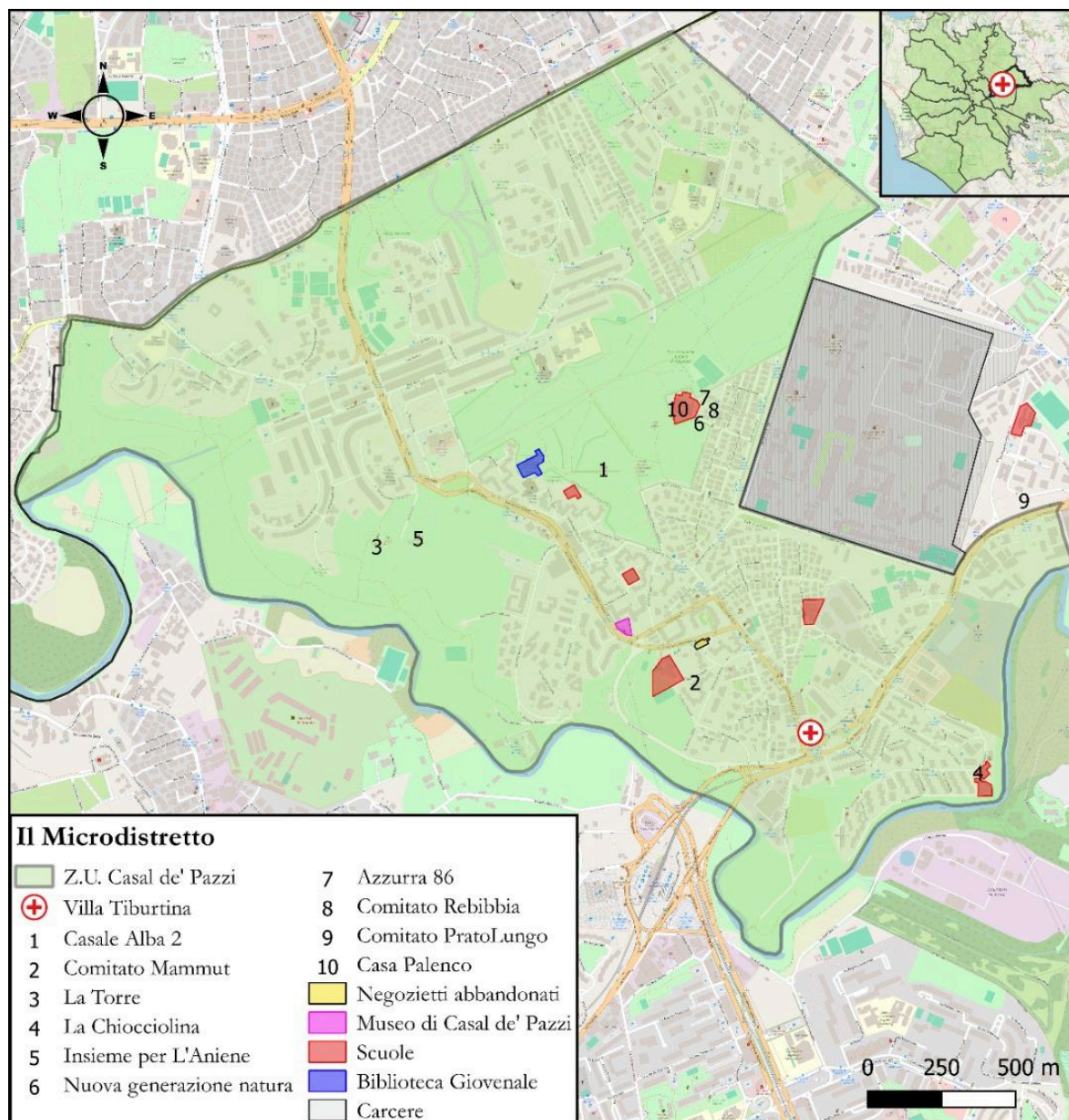
Fig.1 Mappa del microdistretto: infrastrutture e realtà presenti

Introduzione

Il piano di microdistretto territoriale, illustrato nelle figure 1 e 2, è il frutto di anni di lavoro sul territorio di Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi da parte di numerose realtà sociali e politiche. Lo scopo è presentarlo alle istituzioni competenti con l'obiettivo di migliorare la pianificazione socio-sanitaria dell'area interessata e rispondere alle esigenze della comunità locale. Il presente documento aggiorna propone interventi che tengano conto sia delle criticità strutturali accumulate nel tempo, sia delle opportunità latenti per promuovere una gestione partecipata dei servizi di prossimità.

Per raggiungere questi obiettivi, **è fondamentale un intervento integrato da parte di tutti gli enti responsabili: ASL Rm2, IV Municipio, Comune di Roma, Regione Lazio** e altri soggetti istituzionali coinvolti. Una pianificazione socio-sanitaria efficiente non può avvenire senza un'azione coordinata tra questi attori, che allo stato attuale è assente o sporadica, e un parallelo confronto costante con gli attori non istituzionali del territorio di riferimento. La proposta di microdistretto nasce dall'ascolto delle necessità degli abitanti e dall'analisi delle potenzialità locali, da professionisti del settore socio-sanitario con decenni di esperienza e persone impegnate nel mondo dell'università e della ricerca. La prospettiva è di un'elaborazione integrale, coordinata, partecipata dei bisogni socio-sanitarie del microdistretto e dei conseguenti servizi di prossimità erogati, in primis dalla nascitura Casa di Comunità Villa Tiburtina in via Casal De' Pazzi 16.

Finora la mancanza di una strategia strutturata ha lasciato la pianificazione socio-sanitaria sconnessa e disorganizzata, in balia di logiche di mercato e di interessi privati, senza una visione organica per i territori di riferimento. Per il quadrante di Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi, nel tempo, gli interventi pubblici frammentari hanno contribuito alla marginalizzazione del territorio, favorendo fenomeni di desertificazione commerciale e sociale prima ancora che sanitaria. Inoltre, la progressiva riduzione dei servizi di prossimità e la carenza di infrastrutture adeguate hanno reso gli spazi pubblici meno accessibili e più vulnerabili a fenomeni di degrado.

Le iniziative promosse dalle realtà associative e dai gruppi informali sul territorio rappresentano oggi importanti presidi di partecipazione e inclusione sociale. Attraverso la loro azione, sono stati sviluppati progetti che rispondono a bisogni fondamentali in ambiti come salute, istruzione, sport, emergenza abitativa, supporto sociale. Negli ultimi anni, queste realtà hanno lavorato per costruire reti di solidarietà, promuovere istanze di miglioramento e sensibilizzare le istituzioni sulla necessità di interventi mirati e sostenibili.

La mappatura degli interventi esistenti e delle esigenze ancora inevase offre una base di lavoro per orientare le future politiche territoriali. Essa permette di individuare le opere incompiute, le urgenze non più rimandabili e le risorse già attivate grazie all'autorganizzazione locale. L'obiettivo a medio termine è integrare e ampliare alcune di queste attività, come lo Sportello socio-sanitario Mammut, con la pianificazione istituzionale in materia di servizi sanitari di prossimità, superando approcci emergenziali e costruendo strategie di sviluppo di lungo periodo basate sulla partecipazione attiva della comunità, sull'inchiesta puntuale e su verifiche regolari delle strategie adottate.

A distanza di quattro anni dall'avvio della vertenza per la riapertura di Villa Tiburtina, a pochi mesi dalla fine dei lavori sulla struttura, è necessario affrontare le sfide insolute e aperte dalla Missione 6 - Salute del PNRR, con particolare riguardo alla Componente 1 e specificamente alle Case e agli Ospedali di Comunità (CdC e OdC), e alla Centrali Operative Territoriali (COT), ovvero la rete infrastrutturale comunitaria che dovrebbe andare a costituire un nuovo modello di medicina di prossimità. **L'adozione di misure emergenziali rischia di limitare la capacità di pianificazione e di rafforzare dinamiche di dispersione del denaro pubblico, inadeguatezza e mancanza dei servizi erogati, inefficacia delle politiche pubbliche.** Per questo, è essenziale promuovere un modello di microdistretto che valorizzi davvero, come disposto teoricamente dalla normativa,il lavoro svolto dalle realtà del territorio e le integri nella pianificazione socio-sanitaria delle istituzioni competenti con un approccio bottom-up.

Fin dall'inizio della vertenza per la riapertura di un polo sanitario pubblico a Rebibbia-Ponte Mammolo, **Villa Tiburtina è stata un prototipo, un esperimento del coinvolgimento degli abitanti di un territorio nella pianificazione socio-sanitaria.** Lo Sportello Sanitario Mammut da tre anni prova a fare da collante tra i vari attori in campo, specialmente il IV Municipio e la ASL Rm 2, per creare un dialogo tra istituzioni che non solo possono, ma devono, interloquire su materie così importanti.

Crediamo sia arrivato il momento di allargare questo esperimento e renderlo un modello, un progetto pilota: creare un microdistretto per la pianificazione socio-sanitaria che abbracci i quartieri di Rebibbia, Ponte Mammolo, Casal de’ Pazzi e comprenda tra le 25.000 e le 30.000 persone. Un’entità amministrativa più piccola di un municipio, che possa garantire una vera pianificazione partecipata dei servizi socio-sanitari di prossimità coinvolgendo tutto il territorio.

Contesto generale e inquadramento normativo

Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha posto sempre maggiore attenzione alle modalità di erogazione delle cure al di fuori dell’ambito ospedaliero, con un particolare focus sul modello delle Case della Salute (CdS), considerate il fulcro dell’assistenza territoriale. Recenti mappature hanno evidenziato la progressiva diffusione di queste strutture, seppur con notevoli differenze regionali nella loro realizzazione.

Il potenziamento dell’assistenza territoriale rappresenta un’esigenza consolidata da tempo. Tuttavia, la crisi pandemica degli ultimi anni ha esercitato una forte pressione sui servizi sanitari regionali, accelerando la necessità di un cambiamento strutturale nel paradigma assistenziale. A conferma di questa centralità, il governo italiano ha destinato una specifica componente della Missione 6 del PNRR alle "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale". Tra gli obiettivi principali figurano il rafforzamento del SSN, attraverso l’allineamento dei servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, e il potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, con un incremento dei servizi di assistenza domiciliare.

Questa processo, che intende realizzare una riforma della sanità e dell'accesso alle cure e all'assistenza, è articolato in tre linee di investimento dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR:

- Case della Comunità e presa in carico della persona, per una presa in carico globale, multiprofessionale e territorialmente fondata;

- Casa come primo luogo di cura e telemedicina, per l'implementazione delle COT, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e della telemedicina;

- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità), per il potenziamento della capacità ricettiva di ciascun territorio.

Diversamente dal passato, quando lo sviluppo delle CdS è avvenuto in modo disomogeneo, questa nuova fase si caratterizza per un più marcato ruolo di indirizzo da parte delle istituzioni nazionali nella programmazione e nella definizione degli standard. Dopo un lungo processo di confronto tra i diversi attori coinvolti – Ministero della Salute, AGENAS e Conferenza Stato-Regioni – nel giugno 2022 è entrato in vigore il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77). Per la prima volta, sono stati introdotti standard uniformi a livello nazionale in termini di strutture, organizzazione del personale, servizi da erogare e dotazioni tecnologiche, con l'obiettivo di garantire un'assistenza più equa ed efficiente su tutto il territorio.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari, nonché il coinvolgimento attivo delle realtà territoriali nel tessuto sociale, rappresentano principi consolidati nelle normative succedutesi nel corso dei decenni a livello istituzionale. Tuttavia, nonostante la loro costante enunciazione nei testi legislativi, la loro effettiva attuazione si è rivelata finora frammentaria e insufficiente a generare quel processo virtuoso tanto auspicato.

Ma quali sono stati gli ostacoli che hanno impedito la piena realizzazione di questi principi? Di seguito, analizziamo alcune delle cause principali:

1. **Il gigantismo istituzionale** - Nel settore sanitario, si è assistito a un progressivo accentramento gestionale, con il conseguente svuotamento delle funzioni dei Distretti Sanitari a favore delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). In città come Roma, ciascuna ASL si trova a gestire un numero eccessivo di assistiti, anche superiore al milione, mentre i singoli Distretti Sanitari superano ampiamente i 100.000 abitanti. Questo ha determinato una crescente distanza tra i servizi e i cittadini.
2. **La separazione tra settore sociale e sanitario** - La distinzione tra le competenze delle diverse istituzioni ha mantenuto una rigida divisione operativa: il settore sociale fa capo ai Comuni e ai Municipi, mentre quello sanitario è gestito a livello regionale attraverso ASL e Distretti Sanitari. Questa separazione ha reso difficile la comunicazione e la collaborazione tra i due ambiti, impedendo un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni dei cittadini.
3. **La verticalizzazione gestionale delle ASL** - Attualmente, le ASL operano senza organismi consultivi o partecipativi, con un potere decisionale accentrato nelle mani del Direttore Generale, nominato dalla Regione. La trasformazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) in aziende ha posto al centro della gestione la sostenibilità

economica, spesso a scapito della partecipazione di utenti e operatori alla definizione delle strategie assistenziali.

4. **Discontinuità e precarietà dei servizi, carenza di personale** - Molti dei servizi offerti sono discontinui e non inseriti in un quadro progettuale organico. Spesso l'erogazione dipende da bandi e appalti che affidano le prestazioni a soggetti privati, con contratti di lavoro precari e instabili. Soprattutto in ambito sanitario, il personale in organico è spesso insufficiente a garantire i servizi e frequentemente, in caso di pensionamento, non vengono effettuate nuove assunzioni.

I principali riferimenti legislativi che regolano l'integrazione tra sociale e sanitario sono la **Legge 328 del 2000**, che disciplina gli interventi sociali a livello comunale e municipale, e il **Decreto 77 del 2022**, che organizza le nuove strutture territoriali come Case e Ospedali di Comunità, nonché Centrali Operative Territoriali, fornendo la base legislativa per le Linee guida generali della Regione Lazio.

Il Decreto 77 prevede una riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso:

- L'istituzione di Case di Comunità Hub, ciascuna con un bacino massimo di 60.000 abitanti;
- La presenza continua di personale medico e infermieristico (24 ore su 24), con l'indicazione dello standard minimo di personale (7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 personale di supporto);
- Un approccio multidisciplinare per la gestione delle principali patologie (cardiologia, diabetologia, ecc.);
- L'offerta di esami diagnostici, prelievi e consulenze specialistiche;
- Il coinvolgimento dei medici di famiglia in una quota del loro orario di servizio;
- Il coordinamento tra i diversi percorsi diagnostico-terapeutici, dalla prevenzione al ricovero ospedaliero e all'assistenza domiciliare;
- La presenza di personale comunale o municipale per garantire un Punto Unico di Accesso (PUA), favorendo una risposta unificata ai bisogni sociali e sanitari.

Le Contraddizioni e le Sfide Attuative

Nonostante le premesse teoriche, l'attuazione del nuovo modello di assistenza incontra diverse criticità:

- Non sono previste nuove assunzioni di personale sanitario sufficienti a rendere operative le infrastrutture di Comunità, poiché i fondi del PNRR coprono esclusivamente le spese edilizie e l'acquisto di strumentazioni;
- Le poche Case di Comunità già ultimate risultano ancora chiuse o funzionano solo parzialmente;
- Il ruolo dei medici di famiglia, attualmente oggetto di accese discussioni, non è stato chiarito in modo definitivo.

Un Cambio di Paradigma Necessario

Affinché il nuovo modello di assistenza funzioni, è necessario un profondo cambiamento nell'approccio delle istituzioni (ASL, Distretti, Comuni e Municipi) nei confronti del territorio.

Questo cambiamento non riguarda solo la garanzia di servizi accessibili e umanizzati, evitando ai cittadini percorsi burocratici complessi per ottenere prestazioni sanitarie. La vera trasformazione consiste nell'accettare che un'assistenza di prossimità non può prescindere da un dialogo aperto e continuo con la popolazione, superando le rigidità burocratiche.

L'introduzione di una Casa di Comunità in un territorio dovrebbe essere accompagnata da un coinvolgimento diretto dei suoi abitanti, attraverso campagne informative, momenti di confronto, e indagini sui bisogni reali della popolazione. Tuttavia, ad oggi, tali iniziative risultano pressoché assenti.

Uno dei limiti più evidenti sia della Legge 328 che del Decreto 77 è proprio l'assenza di strumenti normativi chiari che garantiscano un'effettiva interlocuzione tra cittadini e istituzioni. Senza un meccanismo strutturato di partecipazione, il rischio è che anche questo tentativo di riforma resti solo un enunciato sulla carta, senza tradursi in un reale miglioramento della qualità dell'assistenza sociale e sanitaria.

Stato dell'arte degli interventi a tema socio-sanitario

Lo Sportello Socio-sanitario Mammut è stato istituito nel 2021 e, ad oggi, ha assistito oltre 300 persone che hanno riscontrato difficoltà di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel corso del tempo, lo sportello ha identificato quattro principali problematiche legate all'accesso al SSN: le cosiddette "agende chiuse", ovvero l'impossibilità di prenotare visite o esami per completa mancanza di disponibilità in agenda; la mancata presa in carico da parte della struttura curante, che lascia i pazienti senza un adeguato follow-up; i problemi di carattere socio-sanitario; e il mancato rispetto del codice di priorità sulla ricetta medica.

La Figura 2 fornisce una panoramica dettagliata di queste problematiche.
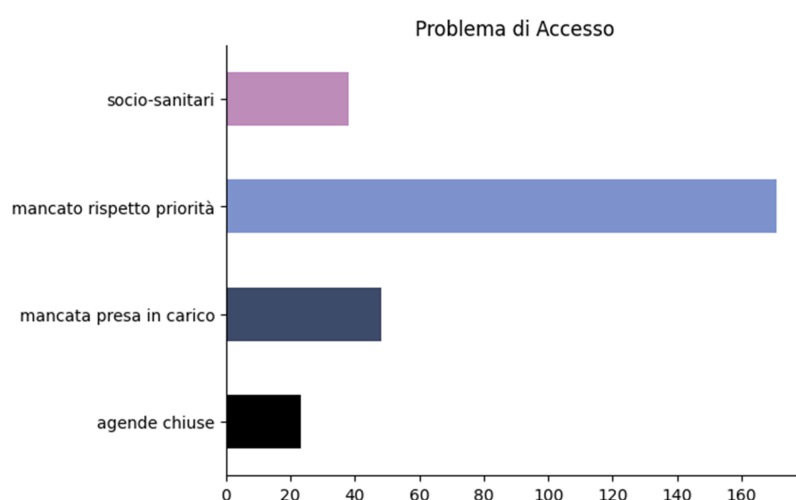
Fig. 2 Problemi di accesso al SSN riscontrati dallo sportello socio-sanitario - Elaborazione Sportello Socio-sanitario Mammut

L'intervento dello sportello si basa principalmente su due strumenti giuridici: il Decreto Legislativo 124/1998, che garantisce il rispetto del codice di priorità sulle ricette mediche, e la Legge 161/2014, che vieta la pratica delle "agende chiuse".
Nel 2023 lo sportello ha iniziato una collaborazione con la ASL Rm2. Tale collaborazione si è concretizzata in seminari di formazione per operatrici e operatori dello sportello sanitario, presenza periodica di personale ASL allo sportello, giornate della prevenzione in quartiere, istituzione di un gruppo cammino di quartiere in collaborazione con il dipartimento di Medicina dello Sport. Recentemente, lo sportello ha stabilito una collaborazione anche con il segretariato sociale del IV municipio, tassello indispensabile per l'integrazione dei servizi socio-sanitari di prossimità.
Il lavoro pluriennale dello Sportello ha evidenziato la mancanza di una visione strategica nella pianificazione socio-sanitaria, per cui si avrebbe bisogno di:

- Integrare interlocutori socio-sanitari (non solo tra istituzioni ma anche abbattere le compartimentazioni nelle stesse istituzioni)
- Modellizzare e istituzionalizzare questa integrazione attraverso strumenti amministrativi dedicati.

Di fatto, lo sportello è l'intermediario tra le diverse istituzioni locali che dovrebbero essere coinvolte nella pianificazione socio-sanitaria!

L'implementazione del microdistretto

Lo scopo generale del progetto pilota è realizzare un caso/modello dove si mette in opera a pieno la riforma del SSN introdotta dalla Missione 6C1 del Pnrr in un contesto urbano, completando la ridefinizione dell'assetto amministrativo secondo il principio di sussidiarietà. Il microdistretto diventerebbe la prima unità funzionale del SSN. La CdC individua un microdistretto cui è assegnato il compito di farsi carico dei bisogni locali di cura, lasciando alla Asl funzioni finanziarie, amministrative, contabili e di indirizzo generale. La pianificazione socio-sanitaria sul territorio del microdistretto è il frutto di un confronto periodico tra le istituzioni preposte e le realtà sociali del territorio, organizzati nella Comunità Territoriale (Polo Civico) Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi.

Programma di realizzazione del microdistretto

- realizzare un **patto di collaborazione degli enti locali**, tra Regione, in qualità di soggetto attuatore della Missione 6c1 del PNRR, la CdC Villa Tiburtina, Asl Roma 2 (nelle varie emanazioni/sottostrutture/dipartimenti), IV Distretto sanitario, Comune, Municipio, Consultorio, SERD, ed eventuali altre strutture socio-sanitarie, definendo impegni, responsabilità e cornice generale di inquadramento della governance socio-sanitaria del microdistretto di Rebibbia, Ponte Mammolo e Casal de' Pazzi. Con il patto si sancisce l'istituzione del microdistretto basato su un numero di circa 25.000 abitanti. Il patto istituisce altresì un **tavolo interistituzionale permanente**

che si riunisce periodicamente per confrontarsi sulle strategie di pianificazione socio-sanitaria. **Questo tavolo è composto dai delegati suddetti attori istituzionali e dalle realtà sociali del territorio, raccolte nella Comunità territoriale/Polo civico** (centri anziani, scuole, comitati, associazioni, gruppi informali, individui);

- convocare un momento pubblico nel territorio in cui informare gli abitanti dell'istituzione del microdistretto, del **patto interistituzionale** e della **comunità territoriale/polo civico.** Il primo come strumento di confronto tra le realtà sociali del territorio; la seconda come luogo di orientamento delle politiche socio-sanitarie del microdistretto dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, elaborando il piano di salute territoriale del microdistretto;

- dedicare **una stanza all'interno della CdC alla comunità territoriale/polo civico,** che abbia funzioni informative rispetto all'attività del microdistretto e della comunità territoriale. Parallelamente, **dedicare uno spazio fisico in prossimità della CdC Villa Tiburtina,** nella fattispecie i locali vuoti di proprietà comunale della piastra commerciale di via Giovanni Palombini 15. Un luogo centrale del quartiere, accessibile ed aperto alle realtà sociali e agli individui che abitano il microdistretto, dove fare azione di informazione, orientamento e monitoraggio dei servizi socio-sanitari, inchiesta e attività di sportello, più attività ludiche, ricreative, culturali e di discussione scientifica e politica dei temi della cura, della salute e della sanità pubblica;

- elaborare dei contenitori tecnico professionali per impostare i percorsi terapeutici multiprofessionali e le modalità operative delle equipe, costruendo la **rete intra-CdC**; elaborare la **rete inter-CdC** coordinando a livello del Dipartimento i singoli microdistretti; elaborare infine, insieme alla Centrale Operativa Territoriale (COT), la **rete che integra a livello di Asl i servizi e le attività ospedaliere** (includendo ADI, RSA, consultori e i servizi di salute mentale)

- realizzare un'**intesa** tra Asl (Distretto IV) e **MMG e PLS** (medici e pediatri) che lavorano sul territorio per concordare turni e modalità di servizio presso la CdC;

- rendere operativo un **sistema informativo (collegato al Fascicolo Sanitario Elettronico) comune attraverso la COT,** per mettere a disposizione in modo strutturato i dati sanitari del microdistretto, in modo che siano consultabili, fruibili ed elaborabili dalle stesse CdC, dalle Asl e dal mondo della ricerca; predisporre i format affinché i dati istituzionali del microdistretto possano essere aggregati alle informazioni contenute nei database degli sportelli locali, per integrare le antenne delle reti sociali e le conoscenze degli operatori locali; offrire strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC; valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locali dei professionisti.

Azione	**Descrizione**	**Soggetti**	**Fase**
Patto istituzionale di microdistretto	Elaborazione del quadro operativo della Consulta microdistrettuale per la pianificazione socio-sanitaria;	Regione Asl Distretto Comune Municipio	1
Intesa MMG e PLS	Concordare turni e modalità di servizio presso la CdC;	Distretto CdC MMG PLS	1
Spazio di Comunità	Predisporre uno spazio fisico all'interno della CdC e uno spazio in prossimità della CdC per la Comunità Territoriale/Polo Civico	Comune Municipio Distretto CdC Realtà sociali	1
Sistema informativo	Programmazione del sistema informativo centrale e del metodo di aggregazione dei dati, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili	Asl Distretto CdC COT	2
Comunità territoriale Rebibbia/Ponte Mammolo/Casal dé Pazzi	Prima assemblea di connessione della rete territoriale microdistrettuale	CdC realtà sociali (centro anziani, comitato, associazioni ecc. ma anche museo, biblioteca, consultorio - esclusi organi direzionali politici e sanitari)	2
Tavolo interistituzionale permanente	Riunioni periodiche interistituzionali del microdistretto per elaborare quadro bisogni territoriali, pianificazione socio-sanitaria, intervento della CdC	Attori istituzionali (ASL RM2, Municipio, IV Distretto, CdC, Consultorio, ecc.) + Comunità Territoriale/Polo Civico	2

Personale intra CdC	Bandire le posizioni lavorative della CdC (7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 personale sociosanitario e amministrativo di supporto)	Regione Asl Distretto Municipio CdC (?)	3
Azione	**Descrizione**	**Soggetti**	**Fase**
Reti operative territoriali intra	Elaborare PAI e protocolli operativi multiprofessionali d'equipe per la rete intra-CdC tra professionisti che operano nella CdC	Distretto Microdistretto Personale intra	3
Reti operative territoriali inter	Elaborare la rete territoriale che si estende tra le varie CdC (inter-CdC), divise tra presidi hub e spoke, le COT, gli OdC, i servizi ADI, le RSA, i consultori, igiene mentale e i vari servizi sociosanitari	Regione Asl Distretto Comune Municipio Microdistretto	3

FASE 1: Organizzazione del piano operativo del microdistretto e riorganizzazione dei servizi della CdC su scala locale microdistrettuale;
FASE 2: Messa in opera del patto interistituzionale e della Comunità Territoriale/Polo Civico con la promozione e il lancio degli strumenti partecipativi;
FASE 3: Assunzione dipendenti e definizione del contesto di lavoro della CdC e pianificazione socio-sanitaria partecipata a livello microdistrettuale.

Il Consultorio: infrastruttura fondamentale del microdistretto

Il consultorio familiare è uno spazio socio-sanitario dedicato agli abitanti di ogni età e identità sessuale, ragazzi e ragazze, donne, uomini e libere soggettività LGBTQIA+. Istituiti con la legge 405 del 1975, i consultori sono strutture pubbliche e gratuite che forniscono servizi socio-sanitari essenziali sul territorio. È possibile accedervi senza necessità di ricetta medica o del permesso dei genitori (nel caso di minorenni).
Il consultorio rappresenta un presidio di prossimità che offre una vasta gamma di servizi fondamentali: prevenzione, educazione sessuale e affettiva, ascolto e supporto psicologico (es. casi di violenza domestica), servizi di contraccezione e percorso per l'ivg, assistenza durante la gravidanza e nel post-parto, supporto alla genitorialità e per le adozioni, e molto altro.
Il ruolo di questa struttura è cruciale anche nelle scuole, dove può monitorare e ascoltare i giovani che vivono situazioni di socialità e affettività spesso problematiche. I dati raccolti dallo sportello socio-sanitario del comitato di quartiere Mammut evidenziano come i problemi socio-sanitari gestiti dal consultorio rappresentino un'importante questione di accesso ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come illustrato nella Figura 2.

L'assemblea delle donne, degli uomini e delle libere soggettività, che si tiene mensilmente all'interno del consultorio, rappresenta un momento fondamentale in cui i partecipanti possono confrontarsi e individuare le esigenze e i servizi necessari per gli abitanti.

Nel territorio di Rebibbia/Ponte Mammolo/Casal De' Pazzi esistono spazi abbandonati, come alcuni negozi di proprietà comunale, dove l'istituzione di un servizio sociale di prossimità come il consultorio potrebbe rappresentare una svolta positiva. Non solo garantirebbe un servizio essenziale, ma contribuirebbe anche a prevenire il degrado di questi spazi.

Nel quartiere Rebibbia/Ponte Mammolo, che conta circa 27.000 abitanti, in base alla legge 405/1975 dovrebbe infatti essere garantito un consultorio (previsto ogni 20.000 abitanti). La campagna per l'apertura del consultorio è di fondamentale importanza e prevede il coinvolgimento attivo del territorio attraverso banchetti informativi, questionari, raccolta firme e volantinaggi. Il consultorio, insieme alla ASL e al Municipio, rappresenta uno degli attori istituzionali con cui la comunità territoriale intende costruire un dialogo per essere informata e ascoltata riguardo alle esigenze degli abitanti del quartiere.
Il consultorio di Rebibbia/Ponte Mammolo potrà fare rete con i due consultori limitrofi già attivi, a San Basilio e Pietralata, quartieri che condividono problematiche simili, e con la vivace assemblea che si riunisce mensilmente da alcuni mesi presso il consultorio di Pietralata, nonché con tutte le altre assemblee consultoriali della città di Roma.

Microdistretto e disabilità

Attualmente le persone con disabilità residenti in questo microdistretto riscontrano le seguenti criticità:

- Disservizi dovuti alla mancanza di personale sanitario nelle ASL
- Lunghe liste d'attesa
- Ritardi nell'ottenimento di una prima valutazione dell'Equipe Multidisciplinare per una immediata presa in carico dell'utente e per attivare eventuali terapie di riabilitazione.
  Per i minori tale ritardo può diventare estremamente deleterio:
  le terapie riabilitative non potranno partire; le scuole, senza CIS (Certificato di Integrazione Scolastica) non potranno richiedere né l'insegnante di sostegno né l'OEPAC né l'Assistente alla CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) qualora fossero necessari.
- Difficoltà ad ottenere appuntamenti per accertamenti diagnostici o visite specialistiche in tempi brevi e in una struttura relativamente vicina (persone con disabilità gravissima costrette a raggiungere il Sant'Eugenio!)
- Mancanza di collegamento tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e Servizi di Prossimità che spesso si ignorano

Tutte queste criticità potrebbero essere risolte quando Villa Tiburtina verrà aperta e diventerà operativa.

Villa Tiburtina dovrà diventare un punto di riferimento anche per le persone disabili del territorio che non dovranno più percorrere chilometri per fare una visita specialistica ma

potranno avere a portata di mano tutti i servizi sanitari di base, ma anche specialisti e professionisti come logopedisti, fisioterapisti o tecnici della riabilitazione.

Inoltre l'integrazione dei servizi da sanitari a socio-sanitari faciliterà lo scambio e velocizzerà quei processi che ad oggi risultano essere davvero troppo lunghi.

La compresenza nella stessa struttura di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta faciliterà e velocizzerà la diagnosi di patologie o di eventuali disabilità così da permettere un'immediata presa in carico dell'utente mediante un approccio multidisciplinare e una veloce attivazione di tutti quei processi che seguono alla diagnosi di una disabilità come anche la compilazione di un CIS.

Il contatto diretto previsto tra MMG e PLS e medici specialisti potrà inoltre favorire l'attivazione di Campagne di Prevenzione e di Screening.

Si dovrebbe anche prevedere l'ausilio di Associazioni che ruotano intorno a specifiche disabilità o patologie.

Sarebbe opportuno pensare anche ad uno spazio dedicato alla gestione sociosanitaria di persone con disabilità cognitiva comportamentale con scarso o assente grado di collaborazione, ad esempio avvalendosi della collaborazione di "Curare con cura", che offre *"un punto di ascolto per una presa in carico integrata e precoce attraverso un apposito percorso assistenziale",* servizio attualmente assente nel Distretto IV.

Ambiente e microdistretto

Ormai moltissimi studi hanno comprovato la correlazione tra natura e salute fisica e mentale, e tra presenza di verde e risparmio di spese per cure mediche.

In zone particolarmente antropizzate, come il nostro territorio, la presenza di aree verdi è determinante per la rimozione di inquinanti atmosferici, la mitigazione di calore, la riduzione dello stress e di disturbi psicologici e psichiatrici, la prevenzione di malattie cardio-respiratorie, metaboliche e tumorali, il rafforzamento del sistema immunitario, la possibilità di accedere, tramite l'esperienza e il contatto con la natura, a fondamentali modalità di funzionamento psico-sociale attraverso l'attività fisica, la coesione sociale e le opportunità di incontro con gli altri.

Le istituzioni sono tenute a garantire la tutela e la qualità ambientale delle aree verdi, le più importanti delle quali nel nostro territorio sono la Riserva Naturale della Valle dell'Aniene e il Parco Regionale di Aguzzano, polmoni verdi che esistono grazie alle battaglie sostenute dagli abitanti ed essenziali per il loro stesso benessere. Non sempre le istituzioni sono in grado di compiere il loro dovere: le associazioni e i cittadini si sono trovati negli anni, e si trovano tuttora, a segnalare – spesso inascoltati - criticità ambientali quali discariche illegali, sversamenti nel fiume, inquinamento delle acque, rischio di incendi e roghi tossici, nonché a svolgere compiti che sostituiscono il ruolo stesso degli Enti preposti, con attività di pulizia, manutenzione, educazione ambientale, la gestione di orti urbani, forestazioni e riqualificazioni di ecosistemi.

E’ necessaria da parte delle Istituzioni un’attenzione e un’azione costante, a partire dal contrasto alle attività illegali, per garantire spazi verdi urbani ben tutelati, inclusivi e accessibili per tutti, e consentire una migliore qualità della vita degli abitanti e lo sviluppo di comunità e territori sani e resilienti. **Una gestione del verde a livello microdistrettuale, in concerto con le autorità competenti e con un piano strategico socio-sanitario, permetterebbe una visione complessiva della tutela ambientale e della salute come parte della stessa necessità del territorio.**

Prevenzione e microdistretto

Prevenzione odontoiatrica per bambine e bambini

Negli anni precedenti, lo Sportello Socio-Sanitario Mammut ha organizzato uno screening odontoiatrico pediatrico per 54 bambini del quartiere. Di conseguenza, la ASL RM2, che è stata presente per un anno presso il nostro sportello (una volta al mese), ha realizzato un corso di formazione sulla prevenzione odontoiatrica all'interno della scuola Palombini.

Gruppo di cammino

L'idea di un gruppo di cammino (percorso salute), avviato da oltre un anno su stimolo dello sportello sanitario Mammut, sta regalando un'esperienza preziosa agli abitanti del quartiere. Camminare nei parchi del territorio, immersi nella natura, offre momenti di benessere, favorendo il rilascio di endorfine che migliorano la salute fisica e mentale.

Questa attività, se praticata con costanza, contribuisce a prevenire patologie dell'apparato cardiovascolare, ipertensione, diabete e rafforza il sistema muscolo-scheletrico, rallentando l'invecchiamento biologico. Inoltre, camminare migliora le capacità cognitive, come attenzione, memoria e creatività, riducendo il rischio di demenza, depressione e ansia, e aumentando l'autostima.

In definitiva, il cammino non solo migliora la salute e la qualità della vita a costo zero, ma rappresenta anche un notevole risparmio per il sistema sanitario.

A dicembre 2024 è stato organizzato un corso di formazione sul cammino, in collaborazione con i medici dello sport della ASL RM2. Questo corso si è rivelato fondamentale per accrescere la consapevolezza sui benefici del camminare e sui danni della sedentarietà, contribuendo alla diffusione della cultura di uno stile di vita attivo e sano, anche attraverso una corretta alimentazione.

Oltre a tutti questi vantaggi, camminare insieme rappresenta anche un'importante opportunità di socializzazione e di rafforzamento del senso di comunità, favorendo la cura attiva del territorio.

Prevenzione della scoliosi nelle scuole

Visti i benefici riscontrati nel progetto sul cammino, gli stessi medici dello sport della ASL RM2 hanno proposto alla dirigenza dell'Istituto Palombini un progetto di prevenzione della scoliosi rivolto alle bambine e ai bambini della scuola.

La prevenzione è un'attività fondamentale per ridurre l'incidenza delle patologie. Integrarla nei programmi scolastici fino all'età adolescenziale è essenziale per costruire un futuro più sano e per ridurre i costi sanitari a lungo termine.

Riepilogo e conclusioni

Alla luce delle criticità e delle potenzialità evidenziate nel presente documento, riteniamo fondamentale che le istituzioni competenti – ASL RM2, IV Municipio, Comune di Roma, Regione Lazio e altri attori istituzionali – assumano un ruolo attivo nella realizzazione del microdistretto territoriale Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi, garantendo un modello di governance partecipata e integrata. Questo impegno potrebbe sostanziarsi attraverso la seguente roadmap:

1. **Istituzionalizzazione del Microdistretto** – Proponiamo la formalizzazione di un Patto di collaborazione interistituzionale che sancisca il microdistretto come entità amministrativa competente nella pianificazione socio-sanitaria;

2. **Attuazione di un tavolo interistituzionale permanente** – È necessaria la creazione di un tavolo di confronto tra enti pubblici e realtà sociali locali, che assicuri un dialogo continuo per definire strategie integrate e monitorare l'efficacia delle politiche attuate;

3. **Rafforzamento dei servizi di Prossimità e attivazione di un consultorio del microdistretto** – Chiediamo l'incremento di risorse e personale per strutture fondamentali come la Casa di Comunità Villa Tiburtina e l'attivazione di un consultorio adeguato al bacino di utenza del microdistretto;

4. **Valorizzazione della Partecipazione Civica** – Infine, proponiamo il riconoscimento e il sostegno alle realtà sociali, ai soggetti informali e ai singoli abitanti che già operano nel territorio, includendole nei processi consultivi e garantendo strumenti concreti per il loro coinvolgimento attivo.

Queste proposte mirano a trasformare il microdistretto in un modello innovativo di gestione socio-sanitaria territoriale, capace di rispondere in modo equo, efficiente e partecipato ai bisogni della comunità di riferimento.

Firmatari

Comunità territoriale Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi

Composta da:

Casale Alba 2
Comitato di Quartiere Mammut
Riapriamo Villa Tiburtina - Sportello socio-sanitario Mammut
Csoa La Torre
Associazione La Chiocciolina odv
CdQ Kant-Nomentana
Rete Studenti Roma Est
Insieme per l'Aniene Onlus
Centro Anziani Ponte Mammolo
Museo di Casal De' Pazzi
Comitato di Quartiere Rebibbia
Red Foxes
Nuova Generazione Natura a.p.s.
Azzurra 86 A.s.d.
Roma NoProfit
Donne De Borgata
Scuola Palenco - Movimento per il diritto all'Abitare